In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Présentation de la face

Dr. Zenibaa-L (E.P.H Hassen Badi - El Harrach - Alger)

Plan:

I. GÉNÉRALITÉS :
1- Définition + caractéristiques.
2- Fréquence.
3- Repère + variétés de position.

II. ÉTIOLOGIES :
1- Les causes maternelles.
2- Les causes fœtales.
3- Les causes annexielles.

III. DIAGNOSTIC POSITIF :
1- Clinique :
A- En fin de la grossesse.
B- Pendant le travail.
2- Examens complémentaires.

IV. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

V. MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT :
1- Phénomènes mécaniques :
A- Engagement :
a. Orientation.
b. Amoindrissement.
c. L'engagement proprement dit.
B- Descente - Rotation.
C- Dégagement.
2- Phénomènes physiologiques.
3- Phénomènes plastiques.

VI. PRONOSTIC.

VII. CONDUITE À TENIR.

VIII. CONCLUSION.

I. GÉNÉRALITÉS :

1- Définition :

C'est une présentation longitudinale, céphalique, où la tête se fixe au niveau du détroit supérieur en attitude de déflexion totale.

** Caractéristiques :*

- Solidarisation tête-tronc = bloc céphalo-thoracique : augmentant les diamètres d'engagement, donc il faut une désolidarisation du couple tête-thorax.
- Rotation en amont du menton : « la tête tourne ou meurt ».

2- Fréquence :

Rare : 0,15-0,5%

3- Repère - variétés de position :

Le menton étant le repère de la position.

On distingue :

* 04 variétés de position pendant l'engagement :

- Mento-iliaque gauche antérieure (MIGA) : 50-76%.
- Mento-iliaque droite postérieure (MIDP).
- Mento-iliaque droite antérieure (MIDA) :
  Rare, de bon pronostic.
- Mento-iliaque gauche postérieure (MIGP) :
  Heureusement exeptionnelle.

* 02 variétés avant l'engagement :

- Mento-transverse droite (MTD).
- Mento-transverse gauche (MTG).

II. ÉTIOLOGIES :

Il existe deux sortes de présentations de la face :

* Les présentations de face primitives :

Se voient en fin de grossesse.

* Les présentations de face secondaires :

Découvertes pendant le travail.

- Ces deux sortes sont susceptibles de reconnaître les mêmes causes :

1- Les causes maternelles :

- Parité : multiparité (utérus chiffon) ou primiparité (utérus cylindrique).
- Malformation osseuse du bassin , surtout : bassin généralement rétréci (B.G.R), bassin aplati.
- Causes utérines :
  - Obliquité utérine.
  - Contractilité asymétrique.
  - Tumeur utérine : fibrome prævia.

2- Les causes fœtales :

- Dolichocéphalie.
- Anencéphalie.
- Tumeurs du cou : goitre, tumeur du thymus.
- Gros enfant.
- Hypertonie congénitale des muscles cervicaux.

3- Les causes annexielles (funiculaires) :

- Hydramnios (fœtus baladeur).
- Placenta prævia.
- Circulaire du cordon.

III. DIAGNOSTIC POSITIF :

Clinique :

A- En fin de grossesse :

* Inspection :

L'utérus est à grand axe longitudinal.

* Palpation :

Permet de noter:

Au niveau sus-pubien :

- La tête reste haute , mobile, excentrée, nettement au-dessus du détroit supérieur.
- Le pôle céphalique présente une saillie arrondie, dure, lisse, régulier, ballotte entre les deux mains : c'est « l'occiput » (tête).
- Cette saillie est surmontée directement d'une dépression en coup de hache : c'est « le sillon du coup » : elle traduit la dépression céphalique (signe de TARNIER).

Au niveau du fond utérin :

- Le pôle podalique : large, irrégulier, mou, ne ballotte pas entre les deux mains.

Le plan du dos :

Est difficile à percevoir car effacé par la lordose vertébrale.

* Auscultation :

- Foyer des bruits cardiaques fœtaux (B.C.F) : sous ombilical, du côté opposé au plan du dos.

* Toucher vaginal (T.V) :

- Présentation haute et segment inférieur épais.
- Renseignement rare pendant la grossesse.

* Au total ; tous ces signes sont peu explicites, ne permettent que rarement le diagnostic.

* Examens complémentaires :

Le diagnostic suspecté est confirmé par échographie ou radiographie du contenu utérin qui montre une déflexion de la tête.

2- Pendant le travail :

- Le diagnostic est facile :

T.V :

Très utile au diagnostic. Lorsque le col est dilaté ; la présentation reste longtemps élevée. Les doigts perçoivent dans l'aire de dilatation directement ou par le biais de la poche des eaux volumineuse et bombante (qu'il faudrait d'ailleurs respecter) :

* Le front avec sa suture métopique.
* Les arcades orbitaires et les globes oculaires.
* Le nez terminé par les narines qui sont en direction de la bouche.
* puis, le « menton » repère de la présentation.

- Cependant, ces parties fœtales peuvent être masquées par une bosse séro-sanguine (B.S.S) sauf au niveau du nez.
- Le diagnostic de de la variété de position repose sur la situation du menton à l'une des extrémités d'un diamètre oblique.

* Examens complémentaires :
* La radiographie du contenu utérin :

- Confirme la déflexion de la tête.
- Éliminer une malformation fœtale (surtout anencéphalie).

* L'échographie :

- Examen impératif.
- Confirme le diagnostic de la présentation de face.
- Précise l'insertion du placenta.
- Mesure les biométries fœtales.
- Voir s'il y a une malformation fœtale.

IV. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :

1- La présentation du siège :

* Surtout si siège décomplété :

- Les fesses peuvent être confondues avec les joues.
- L'anus avec la bouche.
- L'arcade sacrée avec le nez.

* En cas de doute : ⇨ échographie ou radiographie du contenu utérin.

2- La présentation du front :

- Le T.V perçoit la fontanelle antérieure mais on n'atteint jamais le menton.

V. MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT :

1. Phénomènes mécaniques :

A- Engagement :

a. Orientation :

- La tête oriente son plus grand diamètre : le *syncipito-mentonnier (13,5 cm)* suivant l'un des deux diamètres obliques.

b. Amoindrissement :

- Le diamètre syncipito-mentonnier est trop grand pour les diamètres obliques du bassin, et pour pouvoir le franchir ; il doit accomplir un amoindrissement par complément de déflexion de manière à le substituer avec le diamètre *sous-mento-bregmatique (9,5 cm).*

c. Engagement proprement dit :

- Ainsi la tête franchit le plan du détroit supérieur. Mais la caractéristique de cette présentation est que l'engagement est vite limité.
- L'occiput de la tête défléchie s'incruste dans la partie supérieure du dos du fœtus, et après une contre progression ; il s'ensuit une solidarisation de la tête et du dos (couple céphalo-thoracique), ce qui amène au détroit supérieur le diamètre *pré-sterno-syncipital (13,5 cm)* , et la progression donc reste bloquée.

B- Descente - Rotation :

- La progression ne se poursuit que si et seulement si « le menton tourne en avant », ce qui permet la désolidarisation du couple céphalo-thoracique pour que le menton puisse s'échapper en avant en s'engageant sous la symphyse pubienne.
- Cette rotation en avant du menton en est une nécessité (rotation de 45° pour les variétés antérieures). Car si le menton tourne en arrière ; il s'ensuit un enclavement avec mort fœtale et risque de rupture utérine.
- Cette rotation en avant du menton doit être haute et précoce dans les variétés postérieures (rotation de 135°).

C- Dégagement :

- Le menton se fixe sous la symphyse pubienne qui sert de charnière, et la tête se fléchit progressivement.
- La tête se dégage en « mento-pubienne » obligatoire, face en dessus. Et on voit apparaître successivement : la bouche, le nez, le front puis la voûte crânienne.

☠ L'ENCLAVEMENT :
C'est une principale complication des « mento-postérieures » et « mento-transverses ». En absence d'une rotation en avant ; la tête s'enclave, elle ne peut ainsi ni progresser, ni tourner. Il s'ensuit une mort fœtale, rupture utérine, infection amniotique, et mort maternelle en absence d'intervention.

2- Phénomènes physiologiques :
- La présentation de la face est témoin d'une mauvaise adaptation fœto-maternelle.
- Cette présentation reste longtemps haute, la poche des eaux bombante risquant de se rompre précocement.
- Le travail est long et pénible.
- La dilatation du col est lente et difficile de se compléter.

3- Phénomènes plastiques :
* La bosse séro-sanguine :
- Siège sur les joues, les paupières.
- Régresse très vite en quelques jours.
* Des excoriations au niveau des téguments fragiles de la face ou des phlyctènes.
* Des déformations intrinsèques :
- Dolichocéphalie passagère.
- Lordose vertébrale : peut persister longtemps.
- Raucité de la voix.

VI. PRONOSTIC :
* C'est surtout le pronostic fœtal qu'il s'agit.
* Il doit être considéré comme bon en général.
* Les difficultés du mécanisme obstétrical sont plus grandes dans la face que dans le sommet.
* Certaines dystocies sont spéciales à la présentation de la face :
1- Déflexion incomplète : un certain degré de flexion change la présentation de la face en présentation du front.
2- Rotation incomplète ou rotation inversée :
⇨ Enclavement.
3- Le menton peut rester derrière la symphyse pubienne : le fœtus reste toujours menacé de procidence du cordon et de compression du cordon.
* Mais en dehors de ces éventualités ; l'accouchement de la face est souvent normale, rapide (dans les variétés antérieures).

VII. CONDUITE À TENIR :
- L'expectative est de règle.
- Dans la plupart des cas, l'accouchement par voie basse est toujours lent et réussi.
- Mais certains cas imposent une césarienne de principe (par exemple : bassin rétréci ou gros fœtus).
- Si on accepte la voie basse ; l'expectative doit être suffisamment prolongé : à cause de la nécessité de la rotation céphalique qui doit être haute.
- L'expectative prend fin lorsque le menton ne tourne pas en avant ou une complication se survient.

VIII. CONCLUSION :
- La présentation de la face est une présentation rare.
- Considérée le plus souvent comme eutocique.
- Le mécanisme obstétrical est particulier, dominé par la rotation du menton en avant.
- Le pronostic est en fonction de la variété de position.
- Dans la majorité des cas, l'accouchement est facile. Il convient souvent de la facilité par une épisiotomie pour éviter les délabrements vaginaux.
- Toute manœuvre d'extraction est dangereuse et doit être rejetée au profit de la césarienne.